FACULTE DE MEDECINE

Année 1919 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Armand LEMAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PHLÉBITE GRIPPALE

au cours de l'épidémie de 1918-1919

Président : M. LE PROFESSEUR HUTINEL

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, — Paris (VI^e^ A^t^)
PARIS
—
1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. G.-H. ROGER.
Professeurs.	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	Auguste BROCA.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE WIDAL. GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPR ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE. Pierre DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU LEJARS. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
ALGLAVE	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SCHWARTZ (Anselme)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SICARD
CASTAIGNE		NICLOUX	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

À Monsieur le Professeur HUTINEL

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS
MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

L'épidémie de grippe de 1918-1919, qui sévissait encore récemment et semble, au moment où nous terminons cette thèse, temporairement au moins, terminée, paraît dans son ensemble à peu près identique à l'épidémie de grippe de 1889-1890. C'est surtout depuis le mois d'août 1918 qu'on a pu commencer à constater l'augmentation de virulence de la maladie. Il en avait été de même pour l'épidémie de 1889-1890, si bénigne à son début, et qui devint si grave au bout de quelques semaines avec ses trop nombreuses complications, en particulier du côté de l'appareil broncho-pulmonaire, qui constituent la grande gravité de la maladie, gravité en rapport avec l'étendue des lésions qu'on retrouve le plus souvent des deux côtés de la poitrine, et aussi avec l'infection générale due aux micro-organismes et aux toxines qu'ils produisent.

Parmi les nombreuses complications que peut donner la grippe, il en est une dont on n'a pas encore beaucoup parlé, bien qu'elle ait été signalée à diverses re-

prises au cours de l'épidémie de 1889-90, et qu'elle ait certainement existé dans un certain nombre de cas de grippe au cours de la récente épidémie ; nous voulons parler de la phlébite qui peut survenir au cours ou pendant la convalescence de la grippe, comme dans toutes les autres maladies infectieuses. Cette phlébite grippale est admise classiquement, et à juste titre, bien que les observations publiées en 1890 et dans les années suivantes aient été peu nombreuses.

Le hasard des faits cliniques a permis à notre maître, M. Lereboullet, d'en suivre simultanément quelques cas dans son service ; avec son interne M. J. Hutinel, il les a étudiés, frappé de leur relative fréquence, et, c'est sous son inspiration que nous avons fait de cette complication le sujet de notre thèse. Et, à ce propos, nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte aujourd'hui de lui témoigner les sentiments de reconnaissance que nous lui gardons pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous montrer et aussi pour l'enseignement clinique qu'il nous a donné dans son service.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'histoire de la phlébite grippale est celle de toutes les thromboses veineuses.

Autrefois elle était inconnue, et on attribuait les symptômes de toute phlébite, aux piqûres des nerfs. Ce ne fut qu'après de longs tâtonnements qu'on reconnut la phlébite, d'abord comme complication chez les nouvelles accouchées, puis chez les cachectiques, chez les cancéreux, les tuberculeux et enfin au cours ou pendant la convalescence des maladies infectieuses.

En 1890, M. Vaquez, dans sa thèse sur la thrombose en étudiant les phlébites chez les cachectiques, cancéreux et tuberculeux, montra nettement l'origine infectieuse de ces phlébites.

L'histoire proprement dite de la phlébite grippale ne commence guère qu'à cette époque, c'est-à-dire au moment de l'épidémie de grippe ce 1889-1890. Pour la première fois, nous relevons dans les *Comptes-rendus*

de la Société de Biologie en date du 26 février 1890 qu'il est fait mention de la phlébite grippale, par ces paroles de M. Laveran : « La phébite a été une complication fréquente de la grippe ».

M. Ferrand signalait à ce propos qu'il en avait lui-même observé deux cas : dans le premier, il s'agissait d'une phlébite consécutive à une grippe intense, compliquée de pneumonie ; cette phlébite atteignit les deux membres inférieurs. Dans le second cas, la phlébite parut à la suite d'une grippe très légère.

Burghard, dans le *British medical Journal*, en 1890, décrit à son tour cette complication.

Gutmann et Leyden, à la suite de l'épidémie de 1889-90 en communiquèrent 25 cas,

Dans la *Gazette hebdomadaire* du 15 janvier 1890, Burlureaux publia l'observation d'un malade qui fit une poussée de phlébite post-grippale à la suite d'une grippe d'abord bénigne, qui se compliqua vite d'infection généralisée dont mourut le malade.

Dans la thèse de Cézilly, Paris 1890, nous relevons une observation (Obs. 15 de la thèse) communiquée par M. Vaquez et recueillie dans le service du professeur Potain. Il s'agit d'une grippe compliquée de phénomènes broncho-pulmonaires, pendant la convalescence de laquelle se produisit une phlébite du membre inférieur gauche et qui guérit parfaitement.

A la séance de la *Société médicale des Hôpitaux* du 18 mars 1892, M. Troisier, médecin de l'hôpital Lariboisière, vint apporter une observation qui est une vérita-

ble étude de la phlébite grippale. Il s'agissait d'une phlébite survenue au cours de la convalescence d'une grippe ayant présenté une certaine gravité. Cette phlébite atteignit le membre inférieur gauche et guérit en cinq semaines environ.

A la suite de cette communication de Troissier, Antony rapporta qu'il avait eu l'occasion, pendant l'épidémie de grippe de 1889-90, d'observer plusieurs cas de phlébites chez des militaires atteints de grippe et présentant des complications du côté des organes respiratoires.

Desnos, à la même séance, rapporta qu'il avait eu connaissance de deux cas de phlébite grippale, dont un observé par lui pendant l'épidémie de 1889-90.

M. Galliard en avait également observé un cas chez un malade qui avait fait une pneumonie pendant sa grippe.

Un peu plus tard, à la séance du 25 mars 1892 de la Société Médicale des Hôpitaux, Rendu vint rapporter trois cas qu'il avait observés au cours de la grippe, pendant l'épidémie de 1889-90. Dans le premier, il s'agissait d'une phlébite survenue à la suite d'une pneumonie grippale des plus graves. Dans le deuxième, la phlébite survint à la cuisse droite à la suite d'une grippe compliquées de splénopneumonie. Enfin, dans le troisième cas, la phlébite atteignit le membre inférieur droit à la suite d'une grippe relativement bénigne et légère.

M. Bucquoy, à la même séance, présenta à son tour deux autres cas de phlébite grippale qu'il avait observés ;

le premier, consécutif à une grippe légère ; le second au cours d'une grippe avec complications broncho-pulmonaires et qui atteignit les deux membres inférieurs consécutivement.

A la séance du 27 mai 1892 de la *Société Médicale des Hôpitaux*, M. Le Gendre rapporta une nouvelle observation : il s'agissait d'une infection grippale à déterminations multiples : néphrite primitive, endocardite, congestion pulmonaire et pleurésie, phlébite du membre inférieur gauche, et qui aboutit à la guérison.

Enfin, dans la thèse de Chaudet (Paris 1892), laquelle contient 11 observations de phlébite grippale, outre les observations de Troisier, de Rendu, de Le Gendre et une de Bucquoy que nous avons mentionnées plus haut, nous relevons cinq observations nouvelles qui n'avaient pas encore été signalées. Dans la première (observation I de la thèse de Chaudet), il s'agit d'une grippe avec congestion pulmonaire et suivie d'une phlébite du membre inférieur droit. Dans la deuxième (observation V de la thèse Chaudet), communiquée par le Dr Bucquoy) il s'agit d'une phlébite du membre inférieur gauche survenue pendant la convalescence d'une grippe avec complications pulmonaires.

Dans la troisième (observation VI de la thèse de Chaudet, communiquée par M. Vaquez), nous avons affaire à une phlébite du membre inférieur gauche survenue à la suite d'une grippe relativement bénigne. Dans la quatrième (observation X de la thèse de Chaudet, communiquée par M. Comby à la Société Médicale des

Hôpitaux, à la séance du 11 décembre 1891), il s'agit d'une malade qui fit une phlébite du membre inférieur droit dans le cours d'une pneumonie grippale et qui mourut de sa pneumonie. Enfin dans la cinquième, (Observation XI de la thèse de Chaudet, communiquée par Comby à la même séance de la Société médicale des Hôpitaux), nous trouvons une phlébite post grippale de la jambe gauche chez un malade cachectique.

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir à la suite de l'épidémie de grippe de 1889-90. Depuis, on n'avait guère pu observer de nouveaux cas de phlébite grippale, et il a fallu l'épidémie de 1918-1919 pour apporter son contingent de cas nouveaux. Toutefois, ils ne semblent pas, sans doute parce que peu riches en particularités nouvelles, avoir été publiés fréquemment. C'est à peine si nous relevons une observation de Le Clerc (de St-Lô) très sommairement rapportée à la séance de la Société Médicale des Hôpitaux du 20 décembre 1918. Il s'agit cependant de faits intéressants, tant au point de vue pronostique qu'au point de vue thérapeutique, et il n'a pas semblé à MM. Lereboullet et J. Hutinel inutile d'y revenir à nouveau dans un travail actuellement en cours de publication (Paris Médical-Juillet 1919).

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de la phlébite au cours de la grippe ne présente rien de bien particulier. C'est une complication susceptible de survenir dans toute grippe ; elle n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la grippe, elle peut survenir dans les formes légères (observations de MM. Ferrand, Rendu, Bucquoy, Vaquez, observations 2 et 3 de notre thèse), ou dans les formes graves (observations de MM. Ferrand, Burlureaux, Troisier, Le Gendre, observation 1 de notre thèse).

La phlébite apparait ordinairement alors que la grippe semble guérie et que le malade entre en convalescence ; elle frappe surtout l'un des deux membres inférieurs, quelquefois les deux (observations de MM. Ferrand, Bucquoy, Comby, observations 4, 5, 6 et 8 de notre thèse. Le sexe ne semble pas avoir d'influence sur l'apparition de cette complication. Nos observations concernent des femmes exclusivement, mais parceque nous n'avons observé ces grippes que chez des femmes.

Certaines affections paraissent avoir une grande importance comme cause prédisposante. La phlébite apparaîtra de préférence chez des malades prédisposés par une maladie débilitante antérieure : tel le malade de Comby, atteint d'anémie pernicieuse due à un cancer pylorique et qui fit, à la suite d'une pneumonie grippale une phlébite infectieuse de la jambe gauche ; tel encore l'autre malade de Comby, hémiplégique et glycosurique, qui fit aussi une phlébite du membre inférieur gauche à la suite d'une grippe compliquée de phénomènes de catarrhe bronchique.

Enfin, nous avons remarqué que la phlébite se produit surtout dans les grippes compliquées de phénomènes broncho-pulmonaires, et, devant cette constatation, nous sommes en droit de nous demander si ce ne serait point là la principale porte d'entrée de l'agent infectieux qui, du poumon, passe dans la circulation et va se fixer sur la veine qu'il enflamme.

Dans deux de nos observations (Obs. I et VI), nous avons pu voir la phlébite précédée d'une angine herpétique légère, de courte durée et apparaissant une huitaine de jours avant l'apparition de la phlébite.

Dans d'autres cas, nous avons vu d'autres complications précéder la phlébite, tel le cas signalé par M. Le Gendre où la phlébite n'apparut comme complication de la grippe qu'après d'autres complications : néphrite, endocardite, congestion pulmonaire et pleurésie.

Les membres inférieurs, plus prédisposés, sont plus fréquemment atteints de phlébite. Ainsi, l'état variqueux

plus fréquent des membres inférieurs prédispose ces membres à une atteinte de phlébite. C'est ce que nous retrouvons dans une observation de Rendu, dans l'observation I de notre thèse. De même, les dilations, les flexuosités, les épaississements, qui constituent autant de causes de ralentissement de la circulation, favorisent ainsi la production de la phlébite.

Nous avons cherché dans différents services d'accouchements si, chez les femmes en état de puerpéralité, cet état puerpéral ne serait pas une raison de plus pour que la phlébite apparaisse plus facilement au décours de la grippe. La rapide enquête que nous avons faite est restée à peu près négative, d'une part la grippe très grave n'a souvent pas permis à la phlébite de se constituer, la mort survenant trop tôt ; d'autre part, la plupart des cas observés dans ces services et suivis de guérison n'auraient pas eu trace de phlébite ; un cas seulement nous a été communiqué ; nous rapportons plus loin ce cas ; il nous montre une phlébite consécutive à une grippe survenue deux jours après l'accouchement, mais que la congestion pulmonaire et la pleurésie purulente post-grippales suffisent à expliquer.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE — MICROBIOLOGIE

On appelle phlébite l'inflammation des veines. Toutes les maladies infectieuses, et en particulier la fièvre typhoïde etc, sont susceptibles d'amener des lésions inflammatoires du côté des veines, comme elles le font aussi du côté des séreuses ou du côté des articulations. Quelquefois la phlébite peut être occasionnée par l'agent essentiel de la maladie, comme on l'a observé dans la fièvre typhoïde par exemple, d'autres fois, elle résulte d'une infection secondaire surajoutée.

C'est par l'endoveine que débute l'inflammation ; c'est sur elle que se fixent les microbes, cause de la phlébite. L'action de l'agent pathogène peut se borner simplement à une altération superficielle de la tunique interne de la veine ; il en résulte alors une thrombose. Cette thrombose se fait de préférence en certains points de l'intérieur des veines ; au niveau de lésions variqueuses antérieures, au fond d'une valvule, là où la circulation se trouve plus ou moins ralentie. Le thrombus

formé, d'abord tout petit, augmente peu à peu de valeur par addition de couches fibrineuses concentriques, et il finit par oblitérer complètement la lumière du vaisseau. Ce caillot adhère à la paroi du vaisseau et se termine en pointe à son extrémité libre, celle qui regarde du côté du cœur (caillot en tête de serpent). Il y a donc formation de deux caillots consécutifs, le caillot primitif, celui qui est à l'intérieur et qui résulte de l'altération de la veine ; c'est un caillot fibrineux et qui contient les micro-organismes infectants ; tandis que les couches concentriques qui entourent ce caillot primitif constituent le caillot secondaire, formé par des couches de fibrine ne contenant pas des micro-organismes, tout au moins au début. Le caillot primitif est blanc, le caillot secondaire rouge.

Ce caillot ainsi formé peut disparaître de la façon suivante : des bourgeons charnus partis de l'endoveine pénètrent ce caillot et finissent par se substituer à lui, transformant la veine en un cordon fibreux ; la circulation se rétablit par des vaisseaux de nouvelle formation. Dans d'autres cas, le caillot peut suppurer, et on assiste alors à une phlébite suppurative dont les éléments, entraînés par le courant sanguin, vont infecter les viscères et créer l'infection purulente. Enfin, il est un autre mode de terminaison qu'on peut quelquefois observer ; sous l'influence du choc produit par le courant sanguin qui vient, par les collatérales veineuses, battre continuellement l'extrémité libre du caillot, il peut se faire que des fragments de ce caillot se détachent et s'en vont, emportés par la circulation jusqu'au cœur

droit, et de là, par l'artère pulmonaire au poumon, formant des embolies, lesquelles, suivant qu'elles sont ou non aseptiques donnent lieu à des troubles mécaniques d'obstruction, ou bien infectent le poumon, y développant des foyers d'inflammation broncho-pulmonaire.

Dans aucune des observations que nous avons pu recueillir, la phlébite ne s'est transformée en phlébite suppurative.

Dans la phlébite grippale, il est assez vraisemblable que nous avons affaire à une infection secondaire ; toutefois, il convient de faire des réserves à ce sujet, car le bacille de la grippe est encore imparfaitement connu jusqu'à maintenant. De nombreuses espèces pathogènes ont été trouvées dans les secrétions, les exsudats et le sang des malades atteints de grippe.

Parmi ces micro-organismes, on a trouvé du pneumocoque, du streptocoque, du staphylocoque, du coccobacille de Pfeiffer, du pneumobacille de Friedlander ; tous microbes qui ne sont nullement spécifiques de la grippe, mais qui certainement interviennent à titre secondaire et aggravent le pronostic par les complications qu'ils déterminent.

Enfin, il semble qu'on doive faire jouer au poumon le rôle de principale porte d'entrée, car, c'est de ce côté-là qu'on trouve les principales complications de nos épidémies de grippe, et, à l'examen de nos observations, nous pouvons constater que presque tous nos malades ont présenté, à un degré plus ou moins grand de gravité, des complications du côté de l'appareil broncho-pulmonaire avant l'apparition de leur phlébite.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Les veines peuvent toutes, pour la plupart, être le siège de phlébite ; cependant, celles qu'on voit atteintes le plus souvent sont celles des membres inférieurs ; toutes nos observations concernent des phlébites des membres inférieurs.

La phlébite survient ordinairement pendant la convalescence de la grippe, au moment où cette grippe semble à peu près guérie, où tout symptôme fébrile est terminé et où le malade se croit en bonne voie de guérison.

La phlébite grippale se manifeste par un ensemble de symptômes dont la plupart lui sont communs avec ceux des autres variétés de phlébites. Elle apparaît en général de dix à quinze jours après les derniers symptômes fébriles de la grippe ; quelquefois le début est très précoce (observation VIII : trois jours après la période fébrile) ; d'autres fois, il est très tardif (observation VII : 44 jours après la période fébrile). Ordinai-

rement le début est nettement marqué ; les premiers symptômes sont : l'élévation de température, des frissons et enfin la douleur.

La fièvre paraît d'abord, elle est relativement peu intense ; alors que le malade avait sa température revenue à la normale depuis quelques jours, on voit cette température s'élever de un degré à un degré et demi. Souvent, on peut constater déjà une certaine élévation de température plusieurs jours avant les premières manifestations apparentes, 8, 10 et même 12 jours avant : ainsi, pour la malade de notre observation n° 1, nous relevons une élévation de température de 1°5 dix jours avant l'apparition de la phlébite. Cette élévation de température précoce, constatée déjà par M. Vaquez, correspond vraisemblablement à l'implantation du microbe sur l'endoveine qu'il enflamme.

Les frissons sont en général peu accentués dans la phlébite grippale et passent facilement inaperçus : seul un interrogatoire serré peut nous montrer leur existence.

Le premier symptôme qui attire réellement l'attention, c'est *la douleur*. Cette douleur donne une sensation de pesanteur, de pression, ou bien se traduit par des élancements et des fourmillements : elle correspond à la partie du membre atteinte de phlébite. Elle est continue, exaspérée par les mouvements et la pression, empêchant le malade de dormir. Cette douleur débute à l'aine, au mollet ; de là, elle s'irradie le long du membre, au fur et à mesure que se fait l'envahissement du

membre ; elle est réveillée ou exagérée par le moindre mouvement, la moindre pression, la malade ayant même parfois, les premiers jours, des difficultés à supporter le poids de ses couvertures.

Ces douleurs ont comme conséquence d'empêcher le malade de remuer le membre atteint qui repose inerte sur le lit ; et, *l'impotence fonctionnelle* est ici, comme dans la plupart des phlébites, le second signe clinique observé.

A cette douleur vient bientôt se joindre un autre signe très important, l'*œdème*, qui envahit le membre partiellement ou en totalité. Cet œdème rend la peau blanche, cireuse, luisante, lisse et tendue, se plissant difficilement, les veines principales étant plus ou moins oblitérées, la circulation sanguine doit se faire par les petits vaisseaux qui alors se dilatent pour livrer passage au courant sanguin ; on voit se dessiner sous les téguments tout un réseau de petites veines bleuâtres. Si on cherche par la pression digitale à imprimer sur la peau le godet caractéristique des œdèmes, on s'aperçoit que celui-ci est peu marqué. Cet œdème est plus ferme que d'ordinaire dans les phlegmasies, le doigt pénètre moins bien et il s'ensuit que le godet est moins apparent. Cela tient à ce que le derme est fortement infiltré de même que le tissu conjonctif sous-jacent par suite de l'obstacle à la circulation en retour. Après quelques jours, l'œdème devient stationnaire, puis cède peu à peu et finit par disparaître après quatre à six semaines environ.

Très fréquemment, et c'est le cas des malades de

nos observations III, VIII et IX, on constate l'existence d'une légère *hydarthrose* dans le genou, hydarthrose peu volumineuse avec dilatation des culs-de-sac de la synoviale, disparition des méplats, avec choc rotulien facilement perceptible ; cette hydarthrose suit la marche de l'œdème et disparaît avec lui. Elle provient de la gêne apportée à la circulation dans les veines péri-articulaires.

La température du membre atteint de phlébite est légèrement supérieure à celle du membre sain, de quelques dixièmes de degré, pendant les premiers jours, puis, cette température diminue peu à peu et arriverait même à être inférieure de quelques dixièmes de degré à celle du membre resté sain. Nous ne l'avons pas recherché dans les faits observés par nous. Le membre atteint de phlébite est lourd et impotent ; et ce n'est que très péniblement que le malade peut remuer ses jambes dans son lit. Les mouvements spontanés, d'abord gênés, deviennent impossibles ; les mouvements provoqués eux-mêmes sont très douloureux ; le malade les appréhende, et il est d'ailleurs inutile et même dangereux de les rechercher. Cette impotence est due à la douleur provoquée par les mouvements du membre, douleur que le malade cherche à éviter en s'astreignant au moins de mouvements possible ; elle est due encore à l'œdème qui gêne mécaniquement les mouvements.

La palpation du membre phlébitique est douloureuse, et elle aussi doit être faite avec les plus grandes précautions et avec douceur, car une palpation trop brutale

risquerait peut-être de provoquer une embolie.

A ces signes, on peut encore ajouter quelques troubles de la sensibilité, quelquefois assez marqués : la sensibilité cutanée est diminuée.

La phlébite ne reste pas toujours cantonnée à un seul membre ; il arrive assez fréquemment qu'elle atteigne aussi consécutivement le membre du côté opposé ; on a alors une phlébite double. Ce fut le cas des malades des observations de Ferrand, de Bucquoy et de Comby, et aussi des malades de nos observations IV, V, VI et VIII.

Une chose qui nous a particulièrement frappé, c'est la bénignité relative des cas que nous avons observés ; en effet, chez toutes nos malades, aussitôt qu'elles ont pu être immobilisées, nous avons pu voir dès les premiers jours une grande amélioration de leur état ; disparition de la fièvre et de la douleur, et diminution de l'œdème. En somme, l'histoire clinique de la maladie s'arrête après l'immobilisation du ou des membres atteints.

CHAPITRE V

MARCHE DE LA MALADIE — DURÉE TERMINAISON

Pendant la convalescence d'une grippe plus ou moins grave, ayant présenté ou non des complications du côté de l'appareil broncho-pulmonaire, un malade commence à se remettre de sa maladie ; toute fièvre a disparu, le malade a bon appétit, il se lève même depuis quelques jours et souvent a pu recommencer à reprendre le cours de ses occupations (obs. VII).

Soudain, il est sujet à une petite élévation de température avec frissons plus ou moins prononcés.

Peu après, apparaît une douleur à l'aîne ou au mollet et, à cette douleur, succède bientôt l'œdème caractéristique. La phlébite se constitue et sa durée est dès lors subordonnée à l'étendue des lésions, au repos plus ou moins bien observé par le malade.

Quelquefois, mais seulement dans les cas légers, les douleurs et le gonflement peuvent disparaître au bout

de trois à quatre semaines, mais le plus souvent c'est seulement au bout de six semaines, deux mois ou même davantage que l'affection commence à décroître. Par contre, la fièvre disparaît au bout de quelques jours ; de même la douleur va en s'atténuant et disparaît presque complètement en peu de jours.

Il n'est pas rare de voir la phlébite passer d'un membre à l'autre, devenant ainsi bilatérale (phlébite à bascule). C'est ce que nous avons pu observer chez nos malades de nos observations IV, V, VI et VIII. La fièvre persiste alors ou reprend, mais assez rapidement elle cesse définitivement.

La terminaison normale de la phlébite grippale est la terminaison par résolution qui est la guérison ou complète ou avec persistance d'un peu d'œdème et de gêne des mouvements, laissant à sa suite un peu d'atrophie musculaire et parfois des déviations du pied qui sont dues à l'immobilisation prolongée. Ces séquelles ont fait presque complètement défaut dans nos cas.

Il semble que, dans la phlébite grippale l'embolie soit une complication très rare, car nous n'avons pas d'exemple qu'elle soit survenue jusqu'à maintenant. Nous n'avons relevé qu'un cas de mort, à la suite de phlébite grippale, c'est le cas publié par Burlureaux, mais la mort était due à l'infection généralisée, dont la phlébite n'était qu'une des localisations.

Le pronostic de la phlébite dans la grippe est donc un pronostic bénin. Presque toujours la guérison complète survient après un temps plus ou moins long.

Pourtant, il peut persister à la suite de cette phlébite, et cela pendant un temps indéterminé, une certaine gêne dans la marche, de la douleur sur le trajet des veines atteintes, de l'œdème chronique, et un peu d'atrophie musculaire du nombre.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la phlébite au cours ou au déclin de la grippe est en général facile. Si on peut faire une erreur de diagnostic, on la fera plutôt à la période de début, alors que l'œdème n'est pas encore nettement apparent. Quand, au contraire, la phlébite est arrivée à sa période d'état, cette erreur devient plus difficile et le diagnostic plus facile.

Avant l'apparition de l'œdème, l'ascension thermique peut faire penser à l'*éclosion d'accidents pulmonaires* toujours possibles chez un grippé convalescent. Mais alors, par l'examen de la poitrine du malade, on arrive à lever toute hésitation de ce côté-là et on doit chercher ailleurs la cause de l'élévation de température.

On peut avoir à faire le diagnostic avec *l'artérite oblitérante* qui, elle aussi, peut survenir, à titre de complication, dans le cours ou à la suite des maladies infectieuses ; mais, l'artérite oblitérante se distingue facilement par ses points douloureux qui ne sont pas veineux,

mais artériels, et surtout par une diminution notable du pouls qui peut aller jusqu'à la disparition complète, du refroidissement du membre qui devient insensible ; de plus, à la suite, surviennent plus ou moins rapidement des phénomènes de gangrène.

De même, un examen attentif nous permettra de distinguer la phlébite grippale des *lymphangites superficielles ou profondes*, des *phlegmons diffus ou circonscrits*. Il sera dans ces cas presque toujours possible de retrouver l'origine de cette lymphangite ou de ce phlegmon dans une petite plaie, une petite excoriation qu'on retrouvera assez facilement ; les ganglions lymphatiques correspondants deviennent rapidement le siège d'une tuméfaction plus ou moins considérable, l'œdème du membre est bien moins marqué que dans la phlébite et souvent même il fait défaut.

Les thromboses et les phlébites consécutives aux états cachectiques, *les œdèmes brightiques ou cardiaques* seront faciles à déceler par l'examen complet du malade.

Quant aux *phlébites variqueuses*, le diagnostic en sera facilité par l'existence de varices antérieures ; en tous cas, il faut, dans la mesure du possible, faire la part de ce qui revient aux varices et de ce qui doit revenir à l'infection grippale, l'état variqueux antérieur prédisposant tout particulièrement le malade à la complication phlébitique.

Il faut encore faire le diagnostic de la phlébite grippale avec les *polynévrites post-grippales*, qu'on rencontre assez souvent à la suite de cette infection. Cette poly-

névrite débute par des fourmillements, des douleurs, et aboutit en quelques jours à une paralysie symétrique dont un des caractères les plus importants est de débuter par les muscles des extrémités des membres ; au membre inférieur, ce sont les muscles du pied qui sont les premiers pris et les plus paralysés, avec les extenseurs des orteils et les péroniers ; le pied devient tombant et les orteils sont fléchis. De plus, dans la polynévrite, les réflexes tendineux sont abolis. Nous n'avons d'ailleurs pas observé de faits de polynévrite grippale nous permettant de préciser le diagnostic. M. Lereboullet nous a cité le cas d'un de ses malades atteint de grippe broncho-pulmonaire grave chez lequel, lors de la convalescence, des douleurs vives survinrent dans les deux membres inférieurs, lesquelles furent assez violentes pour amener l'immobilisation du malade et firent croire au médecin qui le suivait dans le midi à l'éventualité prochaine d'une phlébite. L'absence totale de fièvre, l'absence d'œdème, la retrocession des douleurs sous l'influence de la médication analgésique, enfin l'évolution montrèrent vite qu'il s'agissait non de phlébite mais d'une polynévrite légère qui disparut après quelques jours.

En fait, le diagnostic est le plus souvent facile pour peu qu'on pense à la possibilté de phlébite grippale et qu'on sache en chercher les signes.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Une fois la phlébite reconnue, il devient de la plus haute nécessité, tant pour diminuer la douleur que par crainte de l'embolie toujours possible, de placer le membre malade dans le repos le plus complet. Il faudra donc faire garder le lit rigoureusement au malade.

Le membre malade sera placé dans une gouttière doublée d'une épaisse couche d'ouate, laquelle exercera sur lui une compression régulière et empêchera en même temps les mouvements et les heurts. De plus, on élèvera légèrement la région malade de façon à favoriser la circulation en retour. La jambe sera placée dans l'extension complète, le corps bien à plat sur un lit non creusé, la plante du pied à angle droit avec le plan du lit ; on protègera le membre malade du poids des couvertures par un cerceau en bois ou en fer. La gouttière doit être bien calée de chaque côté et doit

remonter jusqu'au haut de la cuisse pour englober tout le membre.

Dans aucun de nos cas, il n'a été nécessaire d'employer le lit à suspension mécanique si utile dans les phlébites puerpérales. La relative bénignité de la phlébite grippale justifie l'immobilisation dans une simple gouttière, ou même parfois l'immobilisation à l'aide d'ouate et d'alèzes fixées sur le lit.

Quelle devra être la durée de cette immobilisation absolue ? Sur ce point, il y a encore de grandes divergences de vue chez les divers auteurs. Les uns demandent que l'immobilisation continue tant que persiste l'œdème, c'est-à-dire six semaines à deux mois environ, parfois même davantage ; les autres, trois semaines seulement après la dernière manifestation fébrile.

MM. Dagron et Marchais, M. le Professeur Vaquez, ont préconisé la mobilisation relativement précoce dans les phlébites, mais cette mobilisation doit être prudente et doit suivre une progression lente pour être sans danger. Il est hors de doute qu'une longue immobilisation entraîne des atrophies musculaires et des raideurs articulaires qu'une mobilisation bien faite et en temps utile fera éviter.

D'après M. Vaquez, les trois grandes indications qui peuvent permettre la mobilisation à la suite d'une phlébite du membre inférieur sont les suivantes :

1° L'absence de température depuis 20 jours ;

2° L'absence de douleur sur le trajet des veines à la palpation ;

3° La régression de l'œdème.

Voici quelle est la technique employée par M. Vaquez pour commencer cette mobilisation :

Pendant la première semaine, les mouvements communiqués sont purement passifs. Ils doivent consister en effleurage de la peau, en mobilisation partielle des articulations, des orteils et du pied.

Durant la deuxième semaine (du 27e au 35e jour), on peut pratiquer le massage des masses musculaires avec mobilisation plus active des articulations, sans les fléchir encore, et en évitant les régions des gros troncs vasculaires.

A partir du 35e jour, il est licite d'enlever la bande qui immobilise le genou et le drap d'alèze qui fixe le tronc. Toutes les pratiques habituelles du massage sont alors permises, mais naturellement sans violence.

Au 40e jour, le malade commencera à faire quelques pas, le membre inférieur cessera d'être immobilisé. En cas de phlébite double, la pratique sera la même et l'on pourra encore se guider sur la température pour traiter alternativement et isolément chacun des membres atteints.

Ces conseils, qui visent les phlébites graves des membres inférieurs, ont été appliqués dans les cas dont nous rapportons l'observation. C'est après 20 jours d'apyrexie qu'a été commencée la mobilisation prudente et progressive, mais la bénignité même de la phlébite a permis d'abréger un peu les délais indiqués par M. Vaquez, et toutes nos malades ont guéri relativement vite.

Il ne faudra pas non plus négliger le traitement général ; on alimentera le malade, on soutiendra ses forces.

Quand il commencera à se lever, on maintiendra autour de sa jambe une bande de crêpe Velpeau à peine serrée.

Plus tard, pour hâter et consolider la guérison, on pourra envoyer le malade faire une saison aux eaux de Bagnoles-de l'Orne ou d'autres stations réputées pour favoriser la disparition des séquelles de phlébites.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Observation inédite, recueillie à l'Hôpital Laënnec, salle Rostan, dans le service de M. le docteur Lereboullet.)

Grippe avec congestion pulmonaire, suivie de phlébite du membre inférieur gauche ;— malade atteinte antérieurement de varices. Guérison.

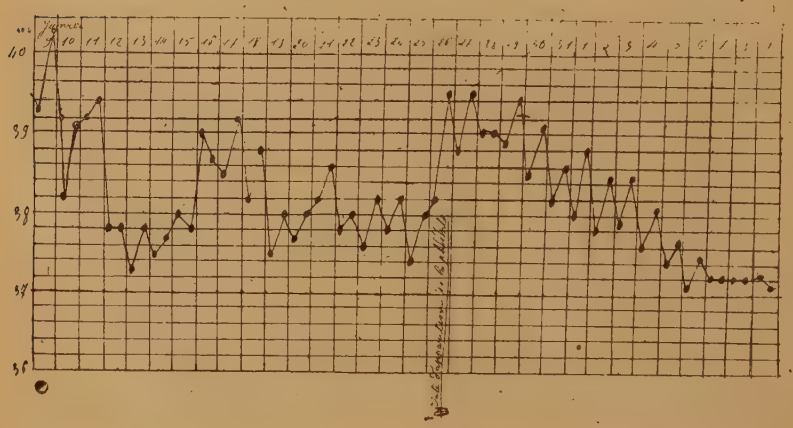
Mme Lina H..., âgée de 52 ans domestique, entre à l'Hôpital Laënnec le 8 janvier 1919 pour grippe avec congestion pulmonaire double.

Dans ses antécédents, on relève que sa mère est morte à 52 ans d'un cancer abdominal, son père est mort cardiaque à 62 ans ; une sœur morte à 38 ans à la suite d'ovariotomie double ; une autre sœur morte à 39 ans de diabète ; enfin un frère bien portant.

Dans ses antécédents personnels, on remarque qu'elle est atteinte de varices superficielles de la jambe droite depuis l'âge de 30 ans ; ces varices ont paru à la suite d'une grossesse. A 38 ans, des varices paraissent à la jambe gauche. A son entrée à l'hôpital, on peut voir à la partie antéro-interne, vers le 1/3 inférieur de cette jambe gauche un ulcère variqueux de la gran-

deur d'une pièce de 2 francs environ qui va guérir à l'hôpital au bout de quelques jours de repos au lit.

La maladie a débuté le 1er janvier par des vertiges, des maux de gorge, de la courbature, de la céphalée et une forte fièvre. La malade continue cependant son travail jusqu'au 6 janvier ; ce jour, elle est obligée de s'aliter, sujette à une grande céphalée, des frissons, de la fièvre, des bourdonnements d'oreille, une grosse courbature et de la toux avec dyspnée. C'est alors qu'elle se décide à entrer à l'hôpital où elle arrive le 8 janvier.



Là, on porte le diagnostic de grippe avec congestion pulmonaire double relativement marquée. La maladie évolue normalement, malgré la persistance assez prolongée des symptômes pulmonaires, et régresse régulièrement ; l'état général était très amélioré, si bien que la malade songeait à sortir de l'Hôpital, lorsque la température, qui était à peu près complètement tombée, à part une poussée fébrile correspondant à une angine herpétique le 16 janvier et qui ne dura que 2 ou 3 jours, remonta brusquement le 26 janvier à 39° ; en même temps, la malade ressentait quelques frissons et des douleurs lancinantes dans le mollet gauche.

Le 28 janvier, la douleur est plus marquée. Elle débute au pli de l'aîne, s'étend à tout le membre et prédomine à la palpation dans le creux poplité. Le membre est en rotation interne, le genou légèrement fléchi, augmenté de volume et déformé ; la peau est blanche, tendue, luisante, ne conservant pas l'empreinte du doigt. On ne constate pas de circulation veineuse superficielle, pas d'hydarthrose du genou ; au pli de l'aine il existe une légère tuméfaction ganglionnaire.

Le diagnostic de phlébite s'imposait alors, et le 29 janvier on immobilisa tout le membre inférieur gauche dans une gouttière ouatée. Le lendemain, la malade se plaint d'une violente douleur dans le talon, douleur qui persiste deux jours, puis disparaît. La température se maintient au-dessus de 38° jusqu'au 4 février, puis redescend vers la normale ; les douleurs diminuent et cessent à peu près complètement. Enfin l'état général de la malade reste excellent.

Le 25 février, peu d'augmentation de volume du membre ; la mensuration révèle au niveau de la tubérosité antérieure du tibia et au-dessous des malléoles une augmentation de 1 cm. par rapport au membre sain.

Le 3 mars, on enlève la gouttière ; il n'y a plus de fièvre, presque plus de douleur ; la malade a un excellent appétit et l'œdème est peu marqué : 1 cm. de plus à gauche qu'à droite à 15 cm. au-dessus de la rotule, et 1 cm. 1/2 au niveau du mollet. On commence alors la mobilisation et le massage progressif.

Le 10 mars, le malade va de mieux en mieux, l'œdème a complètement disparu : aucune différence avec le membre inférieur droit à la mensuration. Le malade commence à se lever et à faire quelques pas dans la salle, sans éprouver aucun trouble fonctionnel.

Enfin, le 30 mars, le malade quitte l'hôpital complètement guérie, ne conservant qu'un peu de raideur à la marche, dans sa jambe gauche.

En résumé, grippe avec congestion pulmonaire double assez

marquée, suivie de phlébite du membre inférieur gauche, chez une malade atteinte de varices antérieurement, phlébite ayant évolué normalement et se terminant au bout de deux mois environ, par guérison.

Note. — Nous tenons à remercier M. Jean Hutinel, interne du service qui nous a aidé à reviser cette thèse et à la mettre au point, ainsi que Mlles Denis et Rogier et M. Foubert, externes du service, qui nous ont aidé à rédiger les observations dans le service de M. le docteur Lereboullet.

OBSERVATION II

(Observation inédite recueillie à l'hôpital Laënnec, salle Rostan, dans le service de M. le Docteur Lereboullet)

Grippe suivie de phlébite de la jambe droite. Guérison.

Madame Marie P.., 46 ans, égréneuse, entre à l'hopital Laennec le 27 octobre 1918.

On ne relève rien de saillant dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le début de sa maladie remonte au 23 octobre, par courbature, toux, mal de gorge, coryza, fièvre.

La malade, obligée de garder le lit, se décide à entrer à l'hôpital le 27 octobre 1918. Là, on porte le diagnostic de grippe, compliquée dès cette époque de phénomènes congestifs broncho-pulmonaires. Cette grippe, au bout de quelques jours, entrait dans sa phase de convalescence, la température était descendue au-dessous de 37° ; la malade se levait et circulait en convalescente, se disposant à quitter l'hôpital, lorsque, le 17 novembre le thermomètre remonta légèrement à 37,4 ; en même temps, notre malade ressentait de grosses douleurs au niveau

du mollet droit sans qu'on puisse toutefois rien constater d'anormal.

Le, 19 novembre, la température reste à 37,6, la douleur persiste, surtout violente à la pression le long du trajet de la veine tibiale postérieure. On commence à voir un léger œdème au niveau des malléoles ; à ce point, l'augmentation de circonférence du membre est de 2 cm. par rapport au côté opposé. Les téguments sont blancs avec circulation veineuse apparente. On ne recherche pas le cordon veineux. Pas d'adénopathie, pas de choc rotulien. On porte alors le diagnostic de *phlébite de la jambe droite* et on immobilise cette jambe dans une gouttière ouatée.

Le 24 novembre, les douleurs ont presque disparu, mais l'œdème est assez considérable et étendu à tout le membre. La température est revenue aux environs de 37°. A partir de ce moment, l'œdème n'augmente plus, il reste stationnaire et commence à rétrocéder.

Le 20 décembre, on enlève la gouttière, il reste encore un peu d'œdème, surtout malléolaire, mais les douleurs ont à peu près totalement disparu.

Le 22 décembre, on commence les séances d'effleurage de la jambe, suivie de mobilisation.

Le 2 janvier, l'œdème a presque disparu, mais persiste encore cependant un peu au niveau du bord externe du pied. On permet ce jour à la malade de se lever et de faire quelques pas dans la salle.

Enfin, le 18 janvier, notre malade peut quitter l'hôpital à peu près guérie ; seul, un léger œdème malléolaire apparaît après la marche.

Pas de phénomènes douloureux.

En résumé, grippé compliquée de phlébite de la jambe droite survenue 15 jours environ après la disparition des phénomènes fébriles, et guérie normalement en deux mois environ.

OBSERVATION III

(Observation inédite, communiquée par M. le Docteur Lereboullet.)

Grippe avec bronchite suivie de phlébite de la jambe gauche.

Mlle X..., 33 ans.

Sans antécédents importants autres qu'une tendance précoce aux hémorroïdes, est atteinte de *grippe fortement fébrile le 30 décembre 1918.* Adynamie, douleurs multiples et diffuses, toux, langue fortement saburrale, tachycardie accusée.

Evolution régulière. Après 4 ou 5 jours, disparition de la fièvre. La malade reste 10 jours au lit, se lève le 9 janvier. Se sentant rétablie, quoique souffrant légèrement dans la jambe gauche, elle sort le 15 et le 16 janvier. *Le 16 au soir*, elle est reprise de fièvre, *douleur assez marquée dans la jambe gauche.* Le mollet n'est pourtant pas sensible, la douleur se limite à la face interne du tibia, puis se diffuse à l'ensemble de la jambe. Après 2 ou 3 jours, les signes se précisent et le membre inférieur gauche présente une augmentation sensible de dimensions par rapport à la jambe du côté opposé, la mensuration accusant 3 centimètres de différence. La douleur est nette, tant à la jambe qu'à la région antéro-interne de la cuisse. La fièvre persiste quelques jours, puis cesse le 20. C'est à ce moment que l'enflure s'accentue, accompagnée d'impotence complète du membre. Cette enflure s'associe à une hydarthrose marquée du genou. Elle augmente encore jusqu'au 27, puis reste stationnaire.

A partir du 10 février, rétrocession de l'enflure. Disparition progressive de celle-ci. La malade peut être considérée comme complètement guérie le 10 avril. La jambe a retrouvé son en-

tière mobilité, il n'y a plus trace d'œdème, aucune sensibilité objective appréciable.

En résumé, grippe avec bronchite modérée suivie de phlébite unilatérale gauche, évoluant régulièrement et sans complication.

OBSERVATION IV

(Observation inédite, recueillie à l'hôpital Laënnec, salle *Rostan*, dans le service de M. le Dr Lereboullet). Grippe suivie de *phlébite* bilatérale. Guérison.)

Mme Louisa M..., sans profession, âgée de 30 ans, entre à l'hôpital le 27 novembre 1918 pour *phlébite de la jambe gauche*, phlébite post grippale.

Ses parents sont encore vivants et en bonne santé. Elle a 7 frères et sœurs bien portants. Dans ses antécédents personnels, on relève une bronchite en 1917, une fausse couche en 1918.

Le début de l'affection grippale remonte au 5 novembre, époque où elle a ressenti les premiers symptômes : courbature, céphalée, fatigue générale, mal de gorge, douleurs dans les jambes, quelques frissons et de la fièvre.

A partir du 6 novembre, la malade est obligée de rester couchée. Cet état persiste quelques jours, puis s'améliore. Le 13 novembre, notre malade, qui commençait à se sentir mieux de sa grippe, est prise tout à coup de points très douloureux dans les côtés de la poitrine, elle tousse et a une forte dyspnée.

Elle consulte un médecin qui la dit atteinte de congestion pulmonaire double. Au bout de quelques jours, tout semblait se passer normalement quand, dans la nuit du 20 au 21 novembre, notre malade fut prise d'une fièvre très intense avec frissons, en même temps qu'apparaissaient des douleurs violentes et lancinantes dans le pied et le mollet gauche. La jambe cependant n'était pas modifiée d'aspect et ne présentait pas

d'œdème. Ce n'est que *le 27 novembre qu'on constata l'apparition d'un œdème blanc au niveau de la partie inférieure de la jambe gauche* et que le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Là, on constate à son arrivée un œdème généralisé de tout le membre inférieur gauche ; cet œdème est blanc, lisse, dur et conserve un peu l'empreinte du doigt. On remarque une légère circulation superficielle.

La malade ressent des douleurs très fortes et des élancements dans le mollet et dans le talon, douleurs qui l'empêchent de dormir ; ces douleurs sont exagérées par la pression du mollet, et surtout le long du tronc tibial postérieur. La température est de 38,8.

En outre, l'état général de la malade est mauvais ; elle est pâle, amaigrie, dyspnéique ; la langue est saburrale, le pouls petit, rapide, arythmique. Au poumon, quelques râles sous-crépitants aux deux bases. Urines rares : 500 c. c. avec nn peu d'albumine.

Le lendemain 28 novembre, on immobilise la jambe gauche dans une gouttière ouatée.

Le 1er décembre, la malade souffre beaucoup moins ; pourtant, les masses musculaires du mollet droit commencent à la faire souffrir. Sa température qui était descendue le 29 novembre à 37°2, est remontée au-dessus de 38° ; le pouls est à 130, 150. On commence à voir un léger *œdème de la jambe droite* ; on immobilise alors cette jambe dans une gouttière ouatée.

Du 2 au 26 décembre, l'état de la malade s'améliore peu à peu. La température est redescendue à la normale à partir du 7 décembre. Les douleurs sont fortement atténuées et la malade peut dormir.

Le 26 décembre, on enlève la gouttière de la jambe gauche ; cette jambe reste à peine œdématiée.

Le 27 décembre on commence un peu d'effleurage et de mobilisation de la jambe gauche, la jambe droite restant toujours dans sa gouttière.

Le 2 janvier, la jambe droite est à son tour retirée de sa gouttière et on commence aussi pour elle l'effleurage et la mobilisation.

Le 11 janvier, on cesse les massages, l'œdème des deux jambes ayant à peu près totalement disparu.

Le 13 janvier, on permet à la malade de se lever. Enfin, le 2 février, la malade peut quitter l'hôpital, marchant sans trop de difficultés, avec toutefois une légère douleur dans les masses musculaires des deux mollets.

En résumé, grippe avec phlébite double des membres inférieurs, survenue au déclin de la période fébrile et guérie sans complication.

OBSERVATION V

(Observation inédite, recueillie à l'hôpital Laënnec, salle Rostan, dans le service de M. le docteur Lereboullet).

Grippe suivie de phlébite bilatérale. Evolution régulière

Mademoiselle Marie C..., âgée de 30 ans, domestique, entre à l'hôpital le 20 décembre 1918, pour grippe compliquée de congestion pulmonaire droite.

Rien dans ses antécédents ni héréditaires, ni personnels.

La grippe chez cette malade a débuté dans les premiers jours de décembre par une grande fatigue, des frissons, de la céphalée, de la fièvre. Le 20 décembre, prise d'un violent point de côté à droite, elle se décide à entrer à l'hôpital. La dyspnée est peu marquée, le faciès est vultueux, la langue saburrale, la température de 38,9. A l'auscultation, souffle tubaire en arrière et à la partie moyenne du poumon, avec râles crépitants après la toux. L'état général est bon dans l'ensemble ; le pouls est à 100,

régulier, bien frappé ; les urines abondantes et non albumineuses.

Le 25 décembre la température était descendue à 37°. La malade semblait à peu près guérie, quand le 6 janvier, elle se plaignit de points très douloureux à la partie postérieure de la jambe gauche, au niveau du mollet. A ce moment, la mensuration montre une augmentation de volume de 1 cm. : 33 cm. à gauche au lieu de 32 cm. à droite. Le membre inférieur gauche est tout entier œdématié, blanc, lisse, douloureux, surtout à la pression, conservant légèrement l'empreinte du doigt, œdématié surtout au-dessous du genou.

La température s'est légèrement relevée vers 37°5. Il n'y a pas eu de frissons apparents ; la palpation est douloureuse, mais ne révèle pas de cordon dur sur le trajet des veines.

On porte alors le diagnostic de *phlébite du membre inférieur gauche* et on immobilise la jambe dans une gouttière ouatée.

Le 8 janvier, la malade ressent des douleurs à la jambe droite ; cette jambe, douloureuse surtout à la pression est légèrement œdematiée.

Le 10 janvier, la *phlébite de la jambe droite* est constituée et on immobilise le membre dans une gouttière ouatée.

Le 12 janvier, les jambes sont toutes les deux œdematiées, mais l'œdème ne dépasse guère le genou. Pas de cordon veineux apparent. Pas d'adénopathie. Pas de choc rotulien. Douleurs spontanées assez marquées dans les talons et les mollets. L'état général est bon.

La température descend au-dessous de 37° à partir du 17 janvier et s'y maintient ; la légère élévation prolongée de température semble être due à une vaccination pratiquée le 8 janvier, ayant occasionné de la lymphangite de tout le membre supérieur gauche. Enfin, les douleurs diminuent et cessent complètement.

Le 6 février, on enlève la gouttière gauche ; l'œdème a dimi-

nué considérablement et reste à peine perceptible. On commence alors l'effleurage et la mobilisation de la jambe gauche.

Le 10 février, on enlève la gouttière droite et on commence aussi pour ce membre l'effleurage et la mobilisation.

Le 12 février, on permet à la malade de se lever un peu ; l'œdème a à peu près disparu, mais la marche reste difficultueuse.

Le 3 mars, la marche s'est beaucoup améliorée et est devenue beaucoup moins fatigante pour la malade, qui possède un bon appétit et un bon état général. Les deux jambes sont encore un peu lourdes, mais ne présentent plus d'œdème.

Le 14 mars, la malade peut sortir de l'hôpital guérie de sa phlébite, conservant seulement un peu de raideur dans la marche, mais n'ayant plus d'œdème et ne souffrant plus du tout.

En résumé, grippe ayant évolué d'une façon satisfaisante, et suivie de phlébite bilatérale des membres inférieurs, phlébite qui évolue normalement sans complication et guérit parfaitement au bout de deux mois environ.

OBSERVATION VI

(Observation inédite, recueillie à l'hôpital Laënnec, salle Rostan, dans le service de M. le docteur Lereboullet.)

Grippe avec manifestations broncho-pulmonaires, suivie de phlébite bilatérale, se terminant par la guérison

Mlle Marguerite C..., âgée de 32 ans, domestique, entrée à l'hôpital le 13 décembre 1918. Rien à signaler dans ses antécédents, ni héréditaires, ni personnels.

L'affection a débuté le 10 décembre par de la céphalée, de la courbature, de la fièvre. La malade toussait déjà depuis une

quinzaine de jours et se sentait très fatiguée. Ne pouvant continuer son travail, elle entre à l'hôpital Laënnec, salle Rostan. Là, on constate qu'elle est atteinte de grippe avec manifestations broncho-pulmonaires des deux côtés.

Le 15 décembre, la malade se plaint de douleurs de l'oreille droite ; on ne constate pas d'écoulement.

Le 25 décembre, la température qui était restée aux environs de 38°, monte à 40°2. La malade se plaint de la gorge ; à l'examen, on constate une angine herpétique. Cette angine est de courte durée et, dès le 30 décembre, la température est redescendue aux environs de 37°.

La malade semblait aller beaucoup mieux et commençait à avoir de l'appétit, lorsque, le 3 janvier, la température monte légèrement à 37°5.

En même temps, elle se plaint de violentes douleurs dans le mollet gauche. Le lendemain, la jambe gauche est trouvée augmentée de volume et œdematiée ; la peau est tendue, blanche, lisse et conserve l'empreinte du doigt. La palpation est douloureuse, surtout vers la partie moyenne et postérieure du mollet.

On porte alors le diagnostic de *phlébite du membre inférieur gauche* et on place la jambe dans une gouttière ouatée.

Le 8 janvier, la température est montée à 38°. Cependant, la douleur de la jambe gauche s'est fortement atténuée ; pourtant le lendemain, la malade commence à se plaindre de douleurs vives dans la jambe droite, et le 10 janvier, cette jambe très douloureuse est trouvée à son tour œdematiée, avec une peau tendue, lisse, ne glissant pas sur les couches sous-jacentes, et conservant à la pression le godet caractéristique.

La phlébite était donc devenue bilatérale. On immobilise alors cette jambe, comme on avait immobilisé la jambe gauche quelques jours auparavant, dans une gouttière ouatée.

La température reste aux environs de 38° jusqu'au 16 janvier, puis elle descend peu à peu pour revenir aux environs de 37°, le

30 janvier. La douleur s'atténue fortement par l'immobilisation et est presque disparue à cette époque.

Le 12 février, on enlève la gouttière gauche et le 13 février la gouttière droite ; on commence alors un peu d'effleurage et de mobilisation. Les deux jambes sont encore un peu œdématiées, mais à peine douloureuses, même à la pression.

Le 23 février, l'œdème a à peu près complètement disparu.

Le 26 février, le malade commence à se lever ; la marche est difficile ; un peu d'œdème réapparaît quand la malade est restée quelque temps debout.

Le 6 mars, la malade continue à marcher ; la marche est moins difficultueuse, l'état général est bon, l'appétit excellent.

Le 11 mars l'amélioration continue, la malade ne souffre plus ; pourtant on constate encore une différence de 1 cm. 1/2 au profit de la jambe droite : 34 cm. 1/2, centre 33 cm.

Enfin, le 23 mars, la malade peut sortir de l'hôpital, n'ayant plus d'œdème et ne conservant plus qu'un peu de raideur à la marche.

En résumé, grippe avec manifestations broncho-pulmonaires, suivie de phlébite bilatérale des membres inférieurs, qui évolue et guérit sans complication.

OBSERVATION VII

(Observation inédite, recueillie à l'hôpital Laënnec, salle Rostan, dans le service de M. le Dr Lereboulet)

Grippe avec broncho-pneumonie, suivie, six semaines après, de phlébite de la jambe gauche. Guérison

Mlle Mauricette M..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital le 16 décembre 1918 pour congestion pulmonaire double post-grippale.

Son père toujours vivant est en bonne santé, sa mère est morte d'ascite à 42 ans. Deux frères et trois sœurs bien portants, une sœur morte en couches.

Comme antécédents personnels, diphtérie à 7 ans, nombreuses angines dans la suite : cicatrices d'adénopathie dans la région cervicale.

Le début de la maladie remonte au 1er novembre 1918 ; elle se plaignait d'une forte courbature, de céphalée, de diarrhée, de fièvre avec frissons ; le médecin qui la vit porta alors le diagnostic de grippe. Cette grippe évolua normalement, et, au bout d'une quinzaine de jours, la malade commença à se lever. Elle se levait depuis trois jours et commençait à reprendre ses occupations, lorsqu'elle ressentit un violent point de côté en dessous du sein gauche, avec des frissons et de la fièvre ; elle fut obligée de s'aliter à nouveau.

Le 16 décembre, le point de côté était resté violent, il y avait de la toux, de la dyspnée, des crachats sanguinolents, une forte fièvre ; aussi, sur les conseils de son médecin, elle se décide à entrer à l'hôpital. Là, on constate qu'elle est atteinte de broncho-pneumonie.

L'examen des crachats montre l'existence de pneumocoques et de coccobacilles de Pfeiffer.

Tout évolua normalement, à part une légère *angine herpetique* le 22 janvier, qui ne dura que 2 ou 3 jours, et la malade entrait en convalescence et pouvait sortir de l'hôpital le 31 janvier 1919.

Chez elle, elle avait pu commencer à reprendre ses occupations, quand vers le 18 février, elle se sentit fiévreuse, eut des frissons et, en même temps, ressentit de violentes douleurs au niveau de l'aine et du mollet gauche.

Le 20 février, elle revenait à l'hôpital Laënnec avec le diagnostic de *phlébite de la jambe gauche*, phlébite apparaissant donc plus de six semaines après la dernière manifestation fébrile de la grippe, le 5 janvier.

A l'aspect de la jambe, on remarque qu'elle est fortement œdématiée, la peau est blanc rosé, lisse, tendue, conservant avec peine l'empreinte du doigt. A la partie antéro-externe de la cuisse, on remarque une arborisation veineuse assez marquée.

A la palpation, une douleur fortement exagérée par la pression. Pas d'adénopathie inguinale. En même temps, on constate une légère hydartrose du genou gauche. La douleur est surtout violente en arrière du mollet gauche et au niveau du talon ; cette douleur s'irradie depuis la racine du membre jusqu'au pied. On ne constate aucun trouble de l'état général, la malade est complètement apyrétique. On porte le diagnostic de *phlébite de la jambe gauche* et on l'immobilise alors dans une gouttière ouatée.

Le 1er mars, la température est tombée, la douleur fortement atténuée par l'immobilisation du membre, et le malade peut dormir la nuit.

Le 11 mars, l'état de la malade continue à s'améliorer, peu ou pas de douleurs, pas de fièvre, appétit excellent.

Le 20 mars, on enlève la gouttière ; l'œdème a beaucoup diminué, mais reste cependant un peu marqué au-dessus des malléoles

Le 21 mars, on commence les massages et la mobilisation.

Le 1er avril, la malade commence à se lever ; enfin le 20 avril elle est complètement guérie et peut sortir de l'hôpital.

En résumé, grippe avec broncho-pneumonie, suivie après une période apyrétique de plus de six semaines d'une phlébite du membre inférieur gauche qui évolue normalement et guérit sans complication.

OBSERVATION VIII

(Observation inédite recueillie à l'hôpital Laënnec, salle Rostan, dans le service de M. le docteur Lereboullet.)

Grippe avec congestion pulmonaire, suivie de phlébite bilatérale. Evolution et guérison régulières.

Mme C..., 34 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, une fièvre typhoïde à 16 ans, une fracture de la jambe gauche en 1918.

Le début de la maladie remonte aux derniers jours de janvier 1919. Il fut brusque, par nausées, vomissements, céphalée, forte courbature et fièvre. La malade ne resta couchée que quatre jours, puis essaya de reprendre son travail ; mais, le 5 février, elle fut prise d'un violent point de côté, avec toux, dyspnée, céphalée, et elle dut se remettre au lit. Le médecin qui la vit porta le diagnostic de congestion pulmonaire post-grippale.

Le 18 février, elle fut prise de frissons et de fièvre et ressentit en même temps une forte douleur au niveau de l'aine droite et de la cuisse droite.

Le 20 février, sa jambe était fortement augmentée de volume et œdématiée. Elle entre à l'hôpital le 23 février. La jambe droite se présente très œdématiée, la peau est blanche, tendue, luisante et conserve à peine l'empreinte du doigt. Quelques arborisations veineuses à la racine du membre et un peu d'hydarthrose du genou droit. La température est de 37°7 le 24 et atteint 38°1 le 25 février. On porte alors le diagnostic de *phlébite de la jambe droite* et on immobilise le membre dans une gouttière ouatée.

Le 26 février au matin, notre malade se plaint de n'avoir pas dormi du tout de la nuit ; en même temps, elle ressent de fortes

douleurs dans toute la jambe gauche et surtout au niveau du pli de l'aine. A l'inspection, on constate que le membre inférieur gauche est à son tour œdématié ; la peau est tendue, luisante, conservant mal l'empreinte du doigt ; un peu d'hydarthrose du genou gauche, et quelques arborisations veineuses à la racine du membre, à la partie antéro-externe.

La température est de 37,7. *Le membre inférieur gauche se trouve donc atteint à son tour de phlébite*, et on l'immobilise dans une gouttière ouatée.

Le 1er mars, la température est revenue à la normale, les douleurs sont fortement diminuées et la malade peut assez facilement dormir la nuit.

Le 11 mars, l'amélioration générale continue ; plus de fièvre, peu de douleurs ; l'appétit est complètement revenu.

Le 18 mars, on enlève la gouttière droite et on commence les massages et la mobilisation.

Le 25 mars, on enlève la gouttière de gauche et, les jours suivants on permet à la malade de faire quelques pas dans la salle.

La marche devient de moins en moins difficultueuse, l'œdème, qui réapparaissait au bout de quelques minutes de marche disparaît de plus en plus ; enfin le 13 avril, la malade peut sortir de l'hôpital, marchant assez facilement, n'ayant plus d'œdème et ne ressentant plus qu'un peu de lourdeur dans les mollets à la marche.

En résumé, grippe avec congestion pulmonaire, suivie, trois jours seulement après la disparition de la fièvre, d'une phlébite du membre inférieur droit, phlébite qui devient bientôt bilatérale, mais qui évolue cependant vers la guérison sans aucune autre complication.

OBSERVATION IX

(Observation inédite, recueillie à l'hôpital Laënnec, salle Rostan, dans le service de M. le Dr Lereboulet.)

Grippe suivie de phlébite de la jambe droite, aboutissant à la guérison

Mlle Marie C..., 31 ans, cuisinière, entre à l'hôpital *le 9 mars 1919 pour phlébite de la jambe droite.*

Aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou collatéraux : c'est une enfant assistée.

Antécédents personnels : n'a jamais été malade.

Le début de l'affection remonte au 18 février 1919. Ce jour, alors qu'elle soignait deux grippés depuis quelques jours, elle fut prise de courbature, fatigue générale, céphalée, inappétence, douleurs dans les jambes et fièvre. La température prise par son médecin était de 39,7 ; sur les conseils de ce dernier, elle se décide à entrer à l'hôpital Laënnec, salle Trousseau, le soir même.

Sa grippe évolua normalement avec seulement un peu de bronchite et de congestion pulmonaire. Treize jours après son entrée, le 3 mars, elle put sortir à peu près guérie de l'hôpital. Cependant, il persistait chez elle des douleurs dans les jambes, douleurs exaspérées par la marche. Aussi, ne put-elle reprendre son travail et dut-elle rester au lit presque constamment. Pourtant l'état général était redevenu assez bon, l'appétit était revenu et il n'y avait plus trace de fièvre.

Le 8 mars, la douleur était plus violente que de coutume, la jambe droite commençait à augmenter de volume, surtout au niveau du mollet et du coup-de-pied. La malade n'eut ni frisson, ni élévation de température. L'œdème de la jambe allant plutôt

en augmentant, et les douleurs ressenties par le malade l'empêchant de dormir, elle se décida, sur les conseils de son médecin, à rentrer à l'hôpital Laënnec, salle Rostan, le 9 mars au soir.

Le membre inférieur droit repose inerte sur le lit, le malade ne pouvant lui faire exécuter aucun mouvement. Il est blanc, cireux œdematié ; cet œdème blanc, appréciable tout le long du membre est dur la pression, conservant peu l'empreinte du doigt qui y recherche le godet caractéristique des œdèmes. On constate en même temps un peu d'hydarthrose dans le genou droit. A la mensuration, à 15 cm. au dessous du genou on trouve 46 cm. pour la cuisse gauche, et 49 cm. pour la droite ; d'où une augmentation de 3 cm. dans la circonférence de la cuisse droite ; au niveau du mollet, nous obtenons la même différence au profit du mollet droit, soit 31 cm. à gauche pour 34 cm, à droite.

La malade ressent des douleurs lancinantes surtout marquées dans le mollet droit et au niveau du cou-de-pied du même côté. La palpation est très douloureuse, aussi n'avons-nous pas cherché le cordon induré de la veine thrombosée, recherche dangereuse et inutile d'ailleurs.

La température est insignifiante, 37°4 seulement le 9 mars au soir.

Le 10 mars, on immobilise le membre malade dans une gouttière ouatée ; la température est normale, 37°1 le matin est 37°1 le soir.

Le 11 mars, même température, la malade souffre beaucoup moins ; pourtant le sommeil est encore difficile la nuit.

Le 20 mars, la douleur a à peu près totalement disparu, le sommeil est complètement revenu ; l'état général est excellent et la malade a un bon appétit.

Le 7 avril, on enlève la gouttière ; l'œdème a considérablement diminué, encore sensible cependant au niveau des malléoles. La douleur est presque nulle.

Le 8 avril, on commence les séances de massage et de mobilisation.

Le 10 avril, le malade peut commencer à marcher un peu.

Le 22 avril, l'œdème n'existe pour ainsi dire plus, l'état général est excellent ; la marche quoique difficile s'améliore de plus en plus.

Enfin, le 27 avril, la malade peut sortir de l'hôpital, ne ressentant plus de douleurs, marchant assez facilement et seulement avec un peu de raideur de la jambe. Plus de trace d'œdème.

En résumé, grippe régulière suivie de phlébite du membre inférieur droit, phlébite qui évolue régulièrement et guérit sans aucune complication.

OBSERVATION X

(Observation de M. Le Clerc, membre correspondant de la Société médicale des Hôpitaux. Séance du 20 décembre 1918.)

M. Le Clerc rapporte l'observation d'une femme de 42 ans, bouchère à Saint-Lô, prise de grippe le 24 août 1918.

Début par mal de tête, courbature, vertiges.

27 août. Point de côté à gauche, crachats sanglants, pneumonie de la base.

2 septembre. Reprise d'un violent point de côté à gauche avec crachats sanglants. Souffle tubaire au-dessus du point primitif.

7 septembre. Phlébite de la saphène externe gauche ; jambe variqueuse d'avance.

OBSERVATION XI

(Communiquée par M. le docteur Dubois, chef de clinique à la clinique Baudelocque. Observation inédite.)

Grossesse et accouchement normaux. Grippe avec pneumonie-pleurésie purulente. Phlébite de la jambe droite.)

Mme D..., âgée de 30 ans.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier.

Accouchée le 3 octobre 1918 (3e grossesse).

Accouchement normal.

Début de la grippe le 5 octobre par fièvre, courbature générale, céphalée, mal de gorge et toux.

Au bout de quelques jours apparaissent des points de côté à droite, et à l'auscultation on trouve des râles crépitants à droite. Ventouses sèches d'abord, puis scarifiées ; on fait des injections intramusculaires d'électrargol, puis de lantol.

Les crachats prennent rapidement l'aspect rouillé de la pneumonie. A ce moment, tout le poumon droit ne forme qu'un bloc.

Au bout d'une dizaine de jours, la base gauche se prend à son tour. La malade respire très difficilement ; elle reste assise dans son lit, presque sans sommeil, n'ayant pour ainsi dire plus la notion du temps et de l'heure. La matité pulmonaire droite s'accentuant on pratique une ponction exploratrice qui permet de retirer d'abord du liquide trouble puis purulent. On examine ce pus et on y trouve des chaînettes (pneumocoque ? streptocoque ?). Un nouvel examen pratiqué un peu plus tard donne du streptocoque.

La malade étant très gênée pour respirer, on lui fait une

ponction de 200 cc. environ; on est obligé de s'arrêter là à cause des phénomènes syncopaux qui surviennent à ce moment.

On transporte alors la malade à l'hôpital Cochin où elle est opérée d'urgence. On lui laisse un drain à demeure pendant un mois environ. L'état de la malade s'améliore au bout de quelques jours. La température qui était restée élevée (entre 39 et 40) redescend vers la normale et vers la fin de novembre la malade se trouvait beaucoup mieux, elle recommençait à prendre un peu de nourriture, quand elle fut prise de nouveaux frissons avec 38°5, en même temps qu'elle ressentait de violentes douleurs au niveau de l'aîne et du mollet droit, douleurs empêchant tout sommeil. Puis apparaît un œdème blanc au niveau de la partie inférieure de la jambe droite, œdème qui gagne vite tout le membre. On porte alors le diagnostic de phlébite et on immobilise la jambe malade dans une gouttière ouatée.

On enlève la gouttière au début de janvier; enfin, dans les premiers jours de février la malade pouvait sortir de l'hôpital guérie de son infection grippale et de la phlébite consécutive.

CONCLUSIONS

La phlébite est une complication de la grippe comme de toutes les autres maladies infectieuses ; l'épidémie de 1918 a permis d'en observer de nouveaux exemples, comparables à ceux des épidémies antérieures.

Apparaissant dans le cours ou pendant la convalescence de la grippe, la phlébite semble plus fréquente dans les grippes compliquées et prolongées, tout en survenant parfois dans des grippes bénignes. Si elle est plus souvent la conséquence de grippes avec complications broncho-pulmonaires, elle peut survenir alors que les bronches ont été peu touchées : de toute façon, elle paraît devoir être moins le fait du germe encore mal défini de la grippe que la conséquence des agents d'infection secondaire (pneumocoque, streptocoque, pneumobacille de Friedlander, etc.), qui la compliquent si habituellement.

La phlébite grippale paraît, d'après les cas observés par nous, d'un pronostic relativement bénin. Fréquemment bilatérale, elle n'entraîne qu'un œdème modéré,

les douleurs cèdent rapidement à l'immobilisation, la fièvre diminue en quelques jours et l'embolie grave ou bénigne semble devoir y être exceptionnelle.

La rétrocession est rapide et nous avons vu dans nos cas le retour à peu près complet des fonctions des membres se faire en quelques semaines, sans séquelles persistantes.

Quant au traitement, il consiste surtout dans le repos le plus absolu au lit et l'immobilisation du membre atteint, suivis, après vingt jours d'apyrexie, de manœuvres d'effleurage et de massage léger, jointes à la mobilisation progressive.

Vu :
Le Président de Thèse,
HUTINEL.

Vu :
Le Doyen
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Troisier. — De la phlegmatia alba dolens (thèse d'agrégation, 1880).

Doleris. — Le fièvre puerpérale et les organismes inférieurs (thèse de Paris 1880).

Widal. — Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle, (thèse de Paris 1889).

Vaquez. — Pathogénie des thromboses. (Thèse de Paris, 1890).

Ferrand. — *Société de Biologie*, 26 février 1890.

Burlureaux. — *Gazette hebdomadaire* du 15 janvier 1890.

Cezilly. — Contribution à l'étude de la grippe, (thèse de Paris, 1890).

Burghard. — British médical Journal, 1891.

Troisier. — Soc. méd. des hôp., 18 mars 1892.

Rendu. — Soc. méd. des hôp., 25 mars 1892.

Le Gendre. — Soc. méd. des hôp., 27 mai 1892).

Chaudet. — Contribution à l'étude de la phlébite grippale. (Thèse de Paris, 1892).

Potain. — Cliniques de la charité, chapitre de la phlébite des membres par Vaquez.

Dagron. — De la mobilisation précoce dans la phlébite. (Thèse de Paris, 1900).

Ernest Poulain. — Etiologie et pathogénie des phlébites. Paris 1908.

Chauffard. — Soc. méd. des Hôp. 17 mai 1918.

Le Clerc. — Soc. méd. des Hôp. 20 déc. 1918.